

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 138.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSPNÉE HYSTÉRIQUE

TACHYPNÉE OU POLYPNÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis TORDO

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 2 mai 1886



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSPNÉE HYSTÉRIQUE

TACHYPNÉE OU POLYPNÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 138.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSPNÉE HYSTÉRIQUE

TACHYPNÉE OU POLYPNÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

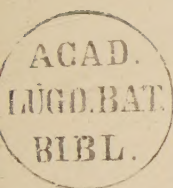
Et soutenue publiquement le 29 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis TORDO

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 2 mai 1886



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC.	MM. J. LÉPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMAUD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, Président; J. LÉPINE, Assesseur;
MM. VORON et CADE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

Témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.

A MA SŒUR -- A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRERE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur LANNOIS

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant à l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. le Professeur agrégé JEAN LÉPINE

A M. le Professeur agrégé VORON

Accoucheur des Hôpitaux

A M. le Professeur agrégé CADE

Médecin des Hôpitaux

A M. le Docteur E. PALLASSE

Chef de clinique à la Faculté

INTRODUCTION

Les manifestations de l'hystérie sur l'appareil phonatoire et respiratoire sont multiples. Les troubles du langage comprennent : le mutisme hystérique (Revilliod, Charcot, Cartaz, Natier), la surdi mutité hystérique, le mutisme et agraphie, le bégayement hystérique (Charcot, Ballet et Tissier, Pitres, Lannois, Gaïssset). Quand aux manifestations respiratoires elles sont encore plus nombreuses; ici les troubles respiratoires occupent la première place, tandis que les troubles du langage ne sont qu'accessoires, mais les premiers peuvent produire les seconds, ainsi que nous le verrons par exemple dans un cas de M. Lannois où le bégayement était dû à la dyspnée. Gilles de la Tourette nous dit que ces perturbations respiratoires revêtent constamment des allures paroxystiques et auraient incontestablement une origine centrale.

Pitres les appelle des spasmes respiratoires rythmiques et les classifie ainsi :

- 1° Spasmes respiratoires simples, de beaucoup les plus fréquents;
- 2° Spasmes respiratoires mixtes;
- 3° Spasmes respiratoires compliqués.

Il subdivise les spasmes respiratoires simples en spasmes expiratoires, qui comprennent la toux hystérique

(Lasègue, Grenier de Cardenal) et ses différentes variétés : cris, aboiements, hurlements, etc., et les spasmes inspiratoires simples comprenant surtout le hoquet.

Dans les spasmes respiratoires mixtes les mouvements physiologiques d'inspiration et d'expiration sont modifiées tous les deux par l'intervention des convulsions. Ce sont les bâillements, les éternuements et le rire hystérique.

Les bâillements hystériques s'observent rarement, dans une étude, Gilles de la Tourette n'a pu en réunir que six observations; une malade de Charcot baillait huit fois par minute, 480 bails par heure, soit 7.200 en quinze heures de veille. Le sommeil seul les interrompt.

Les éternuements hystériques ont été étudiés par Brodie, Souza-Leite, Pitres. Dans une observation de Mosler on compte 50.000 éternuements en trois jours. Le rire hystérique est plus commun, il arrive par accès, en dehors ou pendant les crises. Briquet cite le cas d'une jeune fille qui fut prise la première nuit de ses noces et sans cause connue d'un rire inextinguible. Pitres cite encore les spasmes respiratoires compliqués, qui intéressent à la fois les muscles de la respiration et de la phonation, spasmes presque tous expiratoires, tels qu'aboiements, miaulements, mugissement des taureaux, hurlements des fauves, etc.

Van Helmont et Briquet ont étudié l'asthme hystérique, qu'il ne faut pas confondre avec la dyspnée hystérique décrite par Charcot et Weir-Mitchell, et qui fera d'ailleurs le sujet de notre thèse.

L'hystérie peut encore se localiser au larynx, c'est

l'hystérie laryngée bien étudiée par Thaon. Cet auteur nous dit que les troubles laryngés sont très fréquents et il les range en quatre groupes : l'anesthésie et l'hyperesthésie du larynx, l'aphonie, le spasme. Les plus importants des troubles sont dus à la paralysie et à la contracture des muscles du larynx, la paralysie produisant de préférence l'aphonie, et la contracture donnant le spasme laryngé.

L'aphonie du reste a été discutée dans sa cause provocatrice (Rifaux, Royer).

Le spasme laryngé est important à connaître, car dans sa forme paroxystique, qui est la plus fréquente, il pourrait se terminer par la mort; c'est ce qui en fait le danger et dans pareil cas on a proposé la trachéotomie.

D'après Chaput l'hystérie pourrait aussi siéger sur la trachée et donner alors du spasme de la trachée, le cas qu'il rapporte guérit par la trachéotomie.

On peut avoir aussi des troubles trophiques du côté des poumons : les hémoptysies hystériques se voient assez fréquemment, de nombreux auteurs s'en sont occupés : Pomme, Marius Carre, Huchard, Debove, Tostivint, Nicolaï et bien d'autres. Dans la thèse de Nicolaï de nombreux cas intéressants sont rapportés : le diagnostic est d'autant plus difficile, que s'ajoutent parfois des signes physiques et fonctionnels de tuberculose pulmonaire et l'état général lui-même peut être touché, le tout pouvant faire penser à une lésion organique. Les hémoptysies peuvent être très abondantes, le seraient même plus que les hémoptysies tuberculeuses.

Dans un cas de Petit, cinq médecins furent appelés,

qui portèrent tous diagnostic de phtisie pulmonaire avec un pronostic fatal à brève échéance, la guérison coïncida avec l'apparition de violentes crises d'hystérie. L'hystérie pulmonaire serait rarement monosymptomatique, en l'absence de crises on pourra trouver les stigmates de l'hystérie et rechercher le bacille de Koch dans les crachats. Mais la tuberculose pourra coïncider avec l'hystérie; pour les uns, il y aurait antagonisme entre les deux affections, l'hystérie empêcherait la tuberculose d'évoluer.

Pour les autres, il y aurait prédisposition du terrain par l'hystérie, et les hystériques paieraient à la tuberculose un lourd tribut.

Du côté de la plèvre, on peut observer l'hystérie pleurale (Jeanselme).

Enfin l'hystérie peut nous donner de la paralysie et de la contracture du diaphragme. Briquet n'a vu que deux cas de paralysie du diaphragme : les malades sont dans une anhélation continuelle, la respiration est très courte, il y a saillie de la région épigastrique à l'expiration et dépression très prononcée à l'inspiration. La contracture du diaphragme très rare aussi a été citée par Duchenne, de Boulogne.

En somme, nous voyons par ce qui précède que l'hystérie produit nombre de troubles du côté de l'appareil respiratoire. Les uns, tels que les troubles du langage, les spasmes respiratoires, les troubles laryngés, l'hémoptysie ont été très bien étudiées, et par de nombreux auteurs ; mais les altérations du rythme respiratoire, banales peut-être, l'ont été beaucoup moins, les observations en sont éparses ou mêlées aux autres, il n'y a

pas de description d'ensemble ; ce sont ces altérations de rythme dues à l'hystérie que nous voulons envisager.

Il y en a deux : ce sont l'asthme et la dyspnée. Pour l'asthme on en est resté à Briquet. La dyspnée est d'observation plus courante, car les dyspnées d'origine hystérique reconnaissent diverses causes, telles que les spasmes laryngés, les spasmes diaphragmatiques. On comprend aussi sous ce nom la tachypnée de Charcot, la respiration rapide de Weir-Mitchell, la polypnée de Charles Richet, c'est-à-dire une simple accélération du rythme respiratoire. Nous ne voulons pas, en entreprenant ce travail, rechercher tous les troubles respiratoires hystériques pouvant donner de la dyspnée ; un tel sujet serait trop vaste, en effet la dyspnée au sens propre du mot veut dire difficulté de respirer, nous nous en tiendrons à la « tachypnée hystérique de Charcot, manifestation monosymptomatique de l'hystérie. C'est ce qui fera l'objet de notre travail.

Cette manifestation hystérique est assez rare ou du moins rarement citée. L'observation d'un tel cas dans le service du docteur Lyonnet, d'autre part, la pénurie des travaux d'ensemble sur ce sujet, la pathogénie encore obscure, certains points de commun avec la polypnée thermique étudiée par Richet, nous ont engagé à étudier cette question.

Nous commencerons d'abord par quelques mots d'historique. Nous ferons consécutivement la revue et la critique des observations, ce qui nous permettra de caractériser cette tachypnée. Par comparaison avec les

expériences de Richet, nous chercherons à élucider la pathogénie ; nous finirons par quelques mots sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Mais avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de remercier ici nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Lyon qui ont contribué à notre enseignement ; en particulier les docteurs Mouisset, médecin des hôpitaux et Villard, chirurgien des hôpitaux.

Nous adressons à M. Lyonnet, médecin des hôpitaux qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Le docteur Pallasse, chef de clinique à la Faculté, dont nous avons longtemps suivi avec fruit les intéressantes conférences cliniques, a bien voulu s'occuper de nous, il ne nous a épargné ni son temps, ni sa peine, ni son expérience ; nous tenons à l'en remercier hautement ici et à l'assurer de toute notre gratitude, et de notre reconnaissance, nous garderons de lui le meilleur souvenir.

HISTORIQUE

Il ne semble pas, à notre connaissance tout au moins qu'on ait parlé de la tachypnée hystérique en tant qu'entité nettement définie, avant les observations de Charcot et de Weir-Mitchell. Il ne faut pas confondre la tachypnée que nous voulons étudier avec ce qu'a décrit Briquet sous le nom d'asthme hystérique. En effet il n'y a aucune corrélation entre ce que Briquet appelle dyspnée ou asthme et la tachynée ou la respiration rapide de Charcot et de Weir-Mitchell. Ce que décrit Briquet est un état de gêne respiratoire se rencontrant chez des hystériques, mais qui ne peut se différencier nettement des phénomènes concomittants.

Charcot en 1887-88-89, dans ses leçons du mardi de la Salpêtrière, nous parle de la tachypnie hystérique à deux reprises différentes; Weir-Mitchell, en 1893, étudie la respiration hystérique rapide et à cette occasion il nous dit qu'il a été le premier à en parler en 1883 et que depuis personne n'avait publié aucun cas.

Mais dans la thèse de Fouquet, en 1880, sur les spasmes hystériques, on trouve trois observations très nettes de tachypnée que nous rapportons à la fin de notre travail.

En 1897 nouveau cas rapporté par Riesman. En 1898,

cas longuement étudié par Soca dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*

Dans le livre de Janet, *Névroses et Idées fixes* nous trouvons un cas remarquable étudié par le pneumographe.

La thèse de Loubry, en 1906, constitue un travail d'ensemble sur les dyspnées hystériques et nous y trouvons un chapitre spécial sur la tachypnée.

Nous avons réuni en somme dix-neuf observations sur ce sujet. Parmi celles-ci nous apportons six observations lyonnaises rencontrées dans divers services des hôpitaux de Lyon. Ces observations sont parfois de valeur inégale, mais elles nous ont toutes paru offrir le symptôme tachypnée suffisamment caractérisé, si on sait le dégager des symptômes connexes qui peuvent le masquer et en détruire la pureté clinique.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Dans une de ses leçons du mardi de la Salpêtrière, Charcot décrit ainsi la tachypnée hystérique : « Nous comptons, dit-il, à peu près de 170 à 180 respirations par minute. Tout cela se fait silencieusement et sans bruit. La malade ne semble pas anxieuse, bien que les inspirations soit peu profondes; elle ne souffre véritablement pas et on ne constate chez elle aucune trace de cyanose, contrairement à ce qui aurait lieu certainement s'il y avait véritablement dyspnée avec anoxémie. Il n'y a pas d'accélération non plus du pouls (60 à 80 par minute). L'auscultation montre d'ailleurs que l'inspiration et l'expiration sont parfaitement libres, et, à part la fréquence, dénuées de toute anomalie, de telle sorte que la dénomination tachypnée conviendrait incontestablement mieux que celle de dyspnée pour caractériser cette accélération hystérique des mouvements respiratoires. Cette dyspnée se montre pendant la veille et disparaît pendant le sommeil. Elle n'est pas absolument toujours présente, il y a des répit plus ou moins longs. Elle se montre par accès qui durent de trois à quatre heures et qui semblent à peu près toujours inaugurés par une période prodromique marquée par les symptômes qui rappellent l'aura de l'hystérie convulsive. C'est une manifestation de l'hystérie toujours fort tenace. L'attaque se termine souvent par des pleurs. »

La description clinique de la polypnée hystérique tient tout entière en ces quelques lignes de Charcot, c'est celle que l'on voit dans tous les traités classiques, vulgarisée par le grand talent d'exposition de ce maître.

La lecture des observations recueillies par nous, à laquelle nous prions le lecteur de se rapporter, nous a montré à côté de ces traits caractéristiques une série de particularités et même de symptômes nouveaux sur lesquels nous allons maintenant insister; mais voyons auparavant ce que dit Weir-Mitchell.

L'auteur américain a vu un nombre de cas coïncidant avec de l'hystérie suffisant pour avoir une opinion à cet égard : « La respiration, dit-il, est largement costale supérieure, parfois même exclusivement. Comme de règle la respiration est petite, de sorte qu'elle est superficielle mais sans apparence de l'effort. Habituellement la malade est ignorante de l'existence de ce symptôme, mais quand elle le connaît, le rythme de la respiration augmente à la moindre émotion, à la simple approche de l'infirmière ou du médecin. Chez certaines personnes les symptômes ne se montrent que juste après le sommeil et sont complètement absents pendant le sommeil en général. Dans quelques cas ce symptôme est presque la seule expression de l'hystérie, ou n'apparaît que quand la malade est émotionnée. Le nombre des respirations s'élève et s'abaisse rapidement et sans qu'il y ait le moindre changement au pouls. Ce type de respiration ne peut être reproduit par une personne bien portante; celle-ci serait d'ailleurs vite épuisée. En consultant le tracé respiratoire de cette dernière, on voit qu'il est irrégulier, tandis que celui de l'hystérique est

régulier. En outre, les cas de respiration rapide hystérique chez l'homme sont très rares et même n'existent pas, le seul cas qu'il observe est dû à un traumatisme du poumon.

Nous voyons donc que Charcot et Weir-Mitchell *notent des points communs*, nous font une description presque identique : respiration courte, rapide, superficielle, costale supérieure, indifférence de la malade et surtout pas d'accélération du pouls.

En rapprochant les observations recueillies, nous pouvons voir qu'au point de vue fréquence la tachypnée est beaucoup plus fréquente chez les femmes ; sur 19 observations, 16 femmes pour deux hommes et 1 enfant ; donc, bien que Weir-Mitchell nous dise que la respiration hystérique rapide est l'apanage exclusif de la femme et qu'il n'en a jamais vu de cas assez net chez l'homme pour conclure à la dyspnée hystérique mâle, nous pouvons dire que la tachypnée peut se rencontrer chez les hommes, quoique plus rarement.

L'influence des émotions joue un très grand rôle, ainsi qu'on le voit dans les observations II, III, IV, XIX, très souvent l'émotion est provocatrice de crises de tachypnée. De même un trouble organique, par exemple :

Un traumatisme XII.

Une affection viscérale, tels les troubles gastriques dans les observations de Barjon XVIII et de Bondet XVII, etc.

Nous insisterons, du reste, sur cette étiologie au chapitre de la pathogénie.

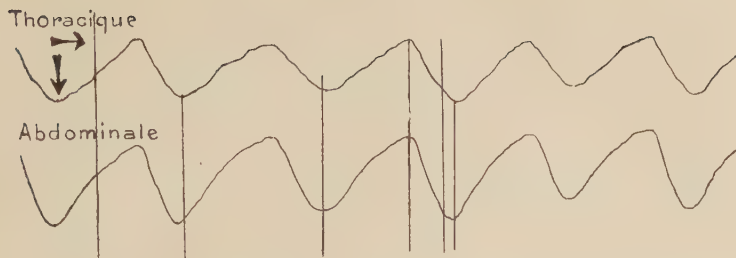
Au point de vue symptôme proprement dit dans la

polypnée pure, nous remarquons une respiration costale supérieure avec parésie ou paralysie du diaphragme. Il peut y avoir des cas de contracture du diaphragme, des cas d'asthme ou de spasme laryngé; mais, dans ces cas, c'est déjà plus complexe.

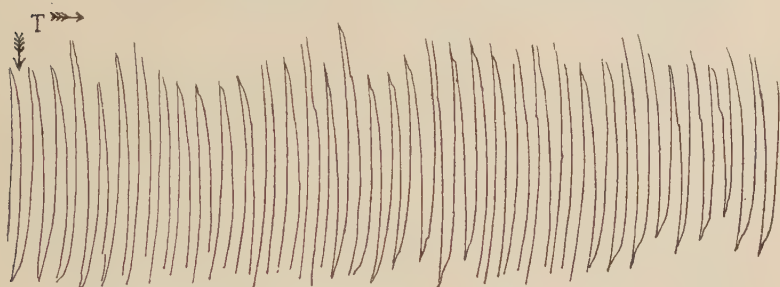
Cette respiration costale supérieure est nécessaire pour que la respiration soit superficielle et celle-ci nécessaire pour que ça puisse aller vite.

La malade, en général, ouvre la bouche, ce qui est un phénomène concordant avec la rapidité; dans certains cas mêmes, la malade produit un véritable sifflement, comme dans les observations de Riesman, Lyonnet (obs. V et XIX). Dans l'observation de Charcot, la respiration est silencieuse et sans bruit. Dans celle de Barjon, elle est diaphragmatique et elle s'accompagne de glouglous gastriques et de déglutition d'air; chez une autre, il y a bégaiement (Lannois, Gaisset).

Le rythme de la respiration est rapide, peut varier de 30 à 200 par minute. Les tracés montrent que ce type de tachypnée hystérique est tout à fait particulier; les temps respiratoires sont égaux : l'expiration vient égaler l'inspiration; ils sont très rapprochés et de temps en temps ces respirations peuvent être entrecoupées par des soupirs, comme dans le cas de Janet (obs. XII), profonde expiration, Fouquet (obs. XI), ou par un mouvement de déglutition arrivant toutes les 14 ou 15 respirations, comme dans le cas de Riesman (obs. V). Ces particularités se voient surtout très bien en consultant les tracés et en comparant à un tracé de respiration normale les tracés hystériques et le tracé que l'on obtient chez un individu bien portant, mais



Tracé de la respiration normale, 15 respirations par minute, d'après JANET.



Respiration thoracique de Juliette, 90 respirations par minute (in JANET).



Tracé d'un homme normal simulant la respiration rapide hystérique : WEIR-MITCHELL.



Tracé de respiration hystérique rapide, 60 à la minute : WEIR-MITCHELL.



Tachypnée hystérique : CHARCOT (Obs. I).



LANNOIS in thèse GAISSET (Obs. XIII) : Dyspnée occasionnant bégaiement hystérique.

qui veut simuler la respiration hystérique rapide; on voit ainsi que dans la respiration normale la courbe du temps inspiratoire est plus grande que celle du temps expiratoire; chez un hystérique qui a de la polypnée, ces temps s'égalisent, sont très rapprochés l'un de l'autre, de sorte que l'on a un tracé régulier, tandis que le tracé simulé est très irrégulier (voir tracés, page 15).

Dans le tracé de la thèse de Gaïssset, le tracé de la respiration est profondément modifié par le spasme surajouté.

Cette polypnée peut, d'autre part, se montrer d'une façon continue ou bien par accès: la forme continue est plus rare, les accès de tachypnée se voient plus fréquemment. La caractéristique formelle de cette tachypnée, qu'elle se produise continuellement ou par accès, est de disparaître pendant le sommeil; parfois, mais pas toujours, elle peut disparaître quand l'attention du malade est détournée ainsi dans le cas de Riesenman, chez un enfant de 13 ans, la tachypnée s'arrêtait quand l'enfant travaillait, s'amusait ou dormait. Dans un seul cas, par contre, la tachypnée dura jour et nuit, interrompant le sommeil et le travail pendant cinq jours (obs. XIV).

Si nous considérons l'appareil circulatoire, pour Charcot, le cœur n'est pas influencé, les pulsations ne deviennent pas plus fréquentes :

60 au pouls et 120 à la respiration. De même Weir-Mitchell, Mackey, Bristow dans leurs observations, et le premier dans sa description aussi, nous disent que la fréquence du pouls ne varie pas. Dans la dernière observation de Weir-Mitchell (obser. IV) nous voyons pour-

tant que le pouls suit une marche parallèle à celle de la respiration, il bat plus vite à mesure que le nombre des respirations augmente.

Nous voyons au contraire que dans la plupart des observations que nous rapportons le rythme du cœur est plus ou moins accéléré, dans celle de Janet le pouls bat de 90 à 100, de 80 à 140, dans le cas de Barjon, 80 chez la malade de Lyonnet, dans le cas de Soca le pouls était à 120, mais il y avait un peu de température. Il s'agit probablement là d'un phénomène d'équilibre physique en rapport avec l'accélération respiratoire.

Chez deux malades (obs. Barjon et Lyonnet) nous avons été frappés par ceci : elles se plaignaient d'une sensation de refroidissement aux extrémités et il y avait un léger abaissement de température, dans le cas de Lannois et Mouisset la malade se plaignait de sensation d'os glacé. Ce phénomène nouveau nous a paru assez intéressant pour que nous en fassions un point spécial de notre pathogénie.

En outre la polypnée gêne la parole et la déglutition. Nous voyons en somme qu'en éliminant soigneusement ce qui nous paraît relever de tout spasme, soit diaphragmatique, laryngé, etc., il y a un certain nombre de symptômes qui sont comme le substratum clinique de la polypnée hystérique, ce sont :

1° Caractères du rythme : la rapidité, la régularité, la facilité, la superficialité de la respiration avec égalisation des deux temps.

2° Cessation pendant le sommeil.

3° Prédominance du type respiratoire costal supérieur.

4° Indifférence du sujet vis-à-vis de sa polypnée.

5° Accélération dès que l'on s'occupe du malade, dès la moindre émotion.

6° Disparition possible quand l'attention du malade est détournée ou occupée.

7° Absence de fièvre et de troubles organiques, et notamment de symptômes pulmonaires.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la polypnée hystérique est certainement le point le plus obscur de son histoire. Ici, tout est flou, incertain, litigieux, parce que tout est hypothétique.

Sans vouloir traiter avec détails tous les modes de la dyspnée hystérique, qu'il nous suffise de rappeler que pour un cas de Cheyne-Stokes, observé dans cette névrose, Raymond et Janet ont fait appel à la théorie cérébrale du rythme respiratoire décrite par Pachon.

Nous rappellerons aussi, pour n'y pas revenir, que la polypnée hystérique peut s'accompagner de spasme de la glotte, des bronches, du diaphragme qui peuvent expliquer l'asthme, la chorée du diaphragme, le bégaiement et autres modes de dyspnée hystérique. Mais il nous faut faire remarquer que souvent la polypnée peut expliquer le trouble spasmodique constaté, ainsi pour M. Lannois, dans l'observation XIII, la dyspnée causait le bégaiement.

Il nous semble que dans la polypnée ou tachypnée, que seule nous voulons envisager ici, il y a autre chose que du spasme contingent et accessoire, il y a la rapidité et le rythme pendulaire, deux caractères bien tranchés, assez constants pour être les éléments essentiels de ce mode respiratoire, qui peuvent être l'objet d'une explication spéciale.

Dans la respiration normale, les deux temps ne sont pas égaux, dans la polypnée hystérique au contraire en même temps que les mouvements respiratoires se précipitent les deux temps se rapprochent et tendent à s'égaliser, il se produit un phénomène analogue à celui qui se produit dans la tachycardie avec embryocardie.

Il s'agit donc simplement d'un trouble du rythme respiratoire qui offre de nombreux points de ressemblance avec la polypnée que l'on observe chez le chien et avec laquelle on l'a si souvent comparé.

Charles Richet a fait des expériences très intéressantes sur ce sujet et nous pouvons essayer de les adopter à l'explication que nous recherchons :

Quand un chien respire dans un milieu au-dessous de 30°, il respire 24 ou 30 fois par minute. Si la température s'élève, il respire subitement, et nous insistons sur la brusquerie du changement, de 200 à 400 fois par minute. Ce chiffre de 400 par minute n'est pas incompatible avec ce que peuvent donner comme vitesse les muscles volontaires, car on a prouvé que nous pouvons exécuter un mouvement volontaire 660 fois par minute. Cette respiration fréquente n'est pas volontaire, car elle est régulière ainsi que le montrent les tracés. On peut vérifier en effet sur soi-même que si l'on respire volontairement vite, on ne peut guère dépasser 100 à 150 respirations par minute et les mouvements respiratoires sont irréguliers ; tous les 10 ou 20 mouvements on est obligé de faire une respiration profonde qui interrompt le rythme fréquent.

Ces mouvements rapides sont très superficiels, car

quand une respiration est profonde elle est forcément très longue.

Quand le chien respire vite il se refroidit ou ne s'échauffe pas. Si on l'empêche de respirer vite, en le muselant par exemple, il s'échauffe et meurt avec des hémorragies, des vomissements, de la paraplégie.

L'appareil respiratoire a donc deux fonctions distinctes : la respiration proprement dite, phénomène chimique avec échange gazeux ; la polypnée phénomène physique avec exhalation d'eau et refroidissement.

Cette polypnée ne se produit que quand l'animal est en apnée, au point de vue chimique, car si l'on vient pendant ce temps à obturer la trachée, la polypnée continue puis s'arrête et le rythme devient lent ; si on lève l'occlusion alors la polypnée revient au bout d'un instant.

L'asphyxie amène de grandes et lentes respirations, la polypnée thermique amène au contraire une série de petites, superficielles et fréquentes respirations.

Il y a donc un stimulus autre que le défaut d'oxygène ou l'excès d'acide carbonique qui détermine les respirations, c'est tantôt l'excitation cutanée qui agit par voie réflexe sur le bulbe, tantôt l'échauffement même du sang et du bulbe.

Ce réflexe est tellement inopérable chez le chien que dès qu'ils sont en proie à la polypnée ils ne peuvent plus faire autre chose. Les plus hargneux deviennent tranquilles sans autre souci que de respirer le plus vite possible.

Ces constatations physiologiques de Charles Richet sont donc comme on le voit du plus grand intérêt, elles sont appuyées par des tracés qui rendent ces constatations

évidentes : il nous reste à examiner comment on peut les adapter à l'étude de la polypnée hystérique. La polypnée thermique diffère de la polypnée hystérique par la cause provocatrice, l'hyperthermie, et par le but à atteindre de suppléer à la sudation, mais elles paraissent à notre avis relever toutes les deux d'un mécanisme analogue.

En dégageant les symptômes essentiels et caractéristiques de la polypnée hystérique, comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent, nous avons rejeté dans leurs cadres respectifs une série de symptômes annexes relevant surtout des spasmes des muscles respiratoires pour nous en tenir à la rapidité au rythme régulier, à la superficialité, à la cessation pendant le sommeil.

Nous voyons que là comme chez le chien la polypnée s'établit subitement. Le rythme devient d'une rapidité variable de 30 à 200. Enfin ce rythme est régulier et diffère complètement de la respiration volontaire rapide ainsi que le démontrent les tracés de Weir-Mitchell. Cette régularité montre donc aussi que tel mode respiratoire n'est pas volontaire ainsi que nous l'avons vu pour le chien.

Chez l'hystérique on ne constate pas de relation grossière entre la polypnée et l'élévation thermique. Les conditions sont ici trop différentes de ce qu'elles sont dans la production des phénomènes chez l'animal, mais pourtant nous avons constaté dans une observation (XIX) de l'hypothermie fréquente et dans deux cas du refroidissement des mains et même de la cyanose.

Il y avait souvent une légère accélération du pouls, mais les phénomènes cardio-respiratoires nous paraiss-

sont peu importants pour avoir de l'influence sur la production de la cyanose; dans les expériences de Richet on n'a du reste pas noté l'état du pouls et du cœur pendant la polypnée.

La respiration est superficielle et à type costal supérieur. Le diaphragme est immobile, sauf dans les cas où il existe du spasme surajouté. Si l'on essaye de faire exécuter une respiration profonde, le rythme se ralentit, la paroi abdominale se soulève, c'est ce qui nous est arrivé chez la malade de l'observation XIX.

De même, la polypnée hystérique se fait la bouche entr'ouverte comme chez le chien, si l'on essaye de faire fermer la bouche, la malade se débat et change de rythme (obs. id.) Pendant l'acte de boire, la polypnée rend les déglutitions très pénibles et difficiles à exécuter.

La polypnée s'arrête pendant le sommeil.

Enfin la malade de Janet, obs. XII, s'arrêtait environ huit fois par minute avec soupir pour exécuter une respiration normale et profonde. Il existait des pauses analogues dans les observations V et XI.

Toutes ces particularités confirment en somme de tous points la ressemblance avec la polypnée du chien et les conclusions de Richet montrant que la polypnée ne sert pas pour les échanges chimiques et que ceux-ci demandent un rythme lent qui se traduit par des suspensions dans le tracé de la polypnée.

Si nous nous demandons alors quelle est la cause de ce rythme respiratoire chez l'hystérique, nous répondrons avec Charles Richet que c'est un trouble bulbaire d'origine périphérique ou centrale. Le trouble central devrait être l'échauffement du sang et du bulbe, mais il

est rarement applicable à l'hystérie où les faits se déroulent sans élévation thermique, tout au plus pourrait-on y penser pour l'observation de Soca, mais il y avait aussi un léger épanchement pleurétique avec fièvre. Dans l'observation de Bondet (XVII) la fièvre était truquée. Mais ici c'est le trouble réflexe agissant sur le bulbe qui nous paraît le plus sûr à invoquer : ce réflexe est une influence psychique, une émotion ou un trouble organique variable, et cette multiplicité possible nous explique la diversité des causes occasionnelles. Sous l'influence de cette cause, le rythme polypnéique s'installe avec ses symptômes si caractéristiques qui portent bien le cachet neurogène.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la polypnée hystérique n'est pas difficile dans la majorité des cas, elle se présente avec un aspect si caractéristique qu'il ne paraît pas possible de la méconnaître longtemps.

En effet, il n'existe pas de phénomènes pulmonaires à l'auscultation, le malade ne tousse pas, ne crache pas, il n'y a pas de cyanose très marquée comme il en existe dans les affections pulmonaires aiguës; il n'y a pas de parallélisme entre le pouls et la respiration, il n'y a pas de troubles organiques importants et il existe une indifférence à peu près complète de la malade à l'égard de ce trouble fonctionnel, de plus cessation pendant le sommeil.

Du reste dans les maladies organiques il est bien rare de constater une dyspnée au-dessus de 60 à 80, tout au moins chez l'adulte.

Pourtant, quand on a pas l'esprit prévenu d'une possibilité de manifestation hystérique on peut hésiter un instant. C'est ainsi que Mackey (obs. VI) a pu penser à une dyspnée cardiaque ou diabétique, mais nous savons que la respiration diabétique est en général lente et profonde, du reste l'analyse des urines lèvera tous les doutes.

On peut voir de la respiration rapide, nous dit encore Weir Mitchell dans quelques formes d'aliénation men-

tales, mais le type dans tous les cas qu'il a vus jusqu'à présent (1893) était normal et non costal pur, ou bien avec quelques mouvements abdominaux visibles. De même dans l'excitation mentale et dans la manie aiguë la respiration peut monter à 40 et plus, mais comme de règle, le cœur bat plus vite et les mouvements du thorax sont simplement l'exagération de la respiration normale et jamais, croit-il, pareille chose ne se voit dans l'hystérie.

Il cite le cas suivant : « Une femme de 62 ans consulte le docteur John Mitchell se plaignant des symptômes suivants : refus de parler, pas d'aphonie, grande faiblesse, anorexie complète, visage bien coloré. J'inclinai à regarder ce cas comme une forme de mélancolie jusqu'à ce que le docteur John Mitchell appela mon attention sur ce fait que toujours en s'éveillant, depuis l'excitation de la visite, sa respiration s'élevait brusquement à 50 ou 60 sans changement au pouls. La respiration était surcostale. Je pensais alors que l'hystérie était l'élément dominant dans ce cas et bien que je ne fus pas d'accord avec lui à première vue, le dénouement me donna raison. »

Dans une observation de Fouquet que nous relatons (obs. IX), on a pu penser un certain moment à des accidents urémiques. Dans l'observation X, les différents symptômes que présentait la malade ont pu faire penser au commencement à la tuberculose pulmonaire et à un ulcère simple de l'estomac. Dans la XI, la dyspnée, jointe à la paraplégie, put éveiller chez Hallopeau l'idée d'une affection bulbaire ou spinale.

Dans l'observation XVI, on a pu penser à de la gra-

nulie que rendrait d'autant plus vraisemblable l'hémoptysie présentée par la malade, mais la cessation brusque des accidents et les symptômes concomitants ont permis de rectifier le diagnostic.

L'importance du diagnostic ne saurait échapper ; il s'agit, en effet, d'éliminer une affection organique, car si la nature organique des troubles était reconnue, elle comporterait un pronostic extrêmement grave *quoad vitam*, mais la polypnée hystérique ne conduit pas à envisager une terminaison fatale ; il est tout entier dans la durée du symptôme. Or, la lecture des observations montre que cette manifestation de la névrose est particulièrement tenace, parce que, comme l'a dit Charcot, il s'agit souvent d'une hystérie monosymptomatique et l'on sait que cette forme est très rebelle.

Les avis ne sont pas toujours unanimes, si on en croyait Fouquet, la durée de cette polypnée serait éphémère ; dans nos observations, la durée de l'affection n'a pas toujours été notée, mais dans celles où l'on a suivi le malade, nous voyons que la maladie a duré plusieurs années (obs. I, XIV). Dans l'observation XIX, la malade n'est pas encore guérie à l'heure actuelle et nous voyons que la polypnée rechute à la moindre occasion et cette facilité des récides contribue encore à réserver le pronostic. Nous pouvons dire que le pronostic de la polypnée hystérique ressemble parfaitement à celui des accidents hystériques en général.

TRAITEMENT

Comme pour tout accident hystérique, il n'y a rien d'aussi variable que le traitement, les moyens ne manquent pas, mais nous pouvons dire que tout peut réussir, tout peut échouer.

Parcourons nos observations :

Charcot nous dit que, malgré un traitement rationnellement suivi par son Israélite, la tachypnée n'est pas près de passer.

Weir-Mitchell fait du massage quotidien et du courant faradique localisé. Dans une observation de Fouquet, malgré une trachéotomie, le chloroforme seul arrive à calmer la dyspnée. La malade citée dans l'observation de Loubry guérit une première fois avec du bromure de potassium et du cacodylate de soude et cela spontanément et inconsciemment ; après une rechute plus grave, elle guérit par la simple ingestion de deux pilules de bleu de métylène.

Dans le cas de Soca, la dyspnée cesse par la simple ponction d'un léger épanchement pleurétique de 600 grammes ; dans un autre accès, la pose de 4 à 5 ventouses scarifiées fait tomber la polypnée de 160 à 25 ; enfin, une seule ventouse suffit dans une autre attaque.

L'enfant cité par Riesman guérit une première fois par la simple ingestion de boissons chaudes. Mackey nous dit que l'atropine et la morphine triomphèrent d'une polypnée de 90 respirations à la minute.

Chez la malade de Barjon, l'électrisation du phrénique provoquait une crise suivie d'une période de calme; dans une autre séance, la tachypnée monta aussitôt de 92 à 120, puis la respiration s'arrêta tant que les électrodes restèrent appliquées; un traitement par la strychnine augmenta ses crises, le bromure de potassium ne lui fit rien et la malade ne put s'améliorer que par l'isolement.

M. Barjon pensait que la guérison ne serait complète qu'avec le traitement des troubles gastriques que présentait la malade : dilatation de l'estomac et hyperacidité.

Pour Gilles de la Tourette, les crises de spasmes, toux, dyspnée sont justiciables de la faradisation localisée à la région laryngée et thoracique antérieure et à la médication à opposer aux paroxysmes. On a employé l'hypnose qui a pu donner de bons résultats quand les auteurs n'ont pas craint de recourir à ce moyen thérapeutique.

Dans le cas de M. Lyonnet (obs. XIX), on a essayé, sur les indications du docteur E. Pallasse, les inhalations de nitrite d'amyle, ainsi que l'a préconisé Hirtz dans les accidents hystériques; ce traitement a donné un bon résultat immédiat qui a été suivi de rechutes répétées. Il nous semble que c'est l'isolement complété par l'éducation rationnelle de la volonté, la discipline de la respiration faite au commandement, la persuasion et l'assurance ferme donnée au malade d'une guérison prochaine qui sont les meilleurs moyens de thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(CHARCOT : Leçons du mardi de la Salpêtrière)

Cas de dyspnée hystérique chez une jeune Israélite

PREMIÈRE LEÇON

M. Charcot : Voici une jeune fille de 20 ans qui, à ce qu'elle me dit, et nous n'avons aucune raison de ne l'en pas croire, sort de l'hôpital Rotschild. Comment vous appelez-vous Mademoiselle?

La malade : Nina B... hein !

M. Charcot : Combien de temps êtes-vous restée à l'hôpital Rotschild ? pourquoi y êtes-vous entrée, pourquoi en êtes-vous sortie ?

La malade : J'y suis entrée pour une oppression que j'ai encore. J'y suis restée deux mois ; j'en suis sortie parce que l'on m'a renvoyée en me disant que cela durerait longtemps.

M. Charcot : Vous voyez comme sa respiration est superficielle et précipitée ; on a compté chez elle 120 respirations par minute. Elle a grand mal à s'arrêter un peu de respirer. Le nombre des pulsations pendant ce temps est de 60 seulement. Jamais la malade n'a eu d'attaque de nerfs ; elle n'a point le stigmates, c'est de l'hystérie, mais de l'hystérie monosymptomatique, comme nous l'appellons parfois. Tout cela, je le sais par une note qu'on vient de me remettre. J'apprends en même temps que la malade a eu de la chorée à neuf ans et demi d'abord pour la première fois, puis à onze ans et demi pour la seconde.

Il sera intéressant d'examiner ici, si faire se peut, les rensei-

gnements de famille. Chez les Israélites, je vous l'ai dit maintes fois, la pathologie nerveuse est souvent, plus souvent qu'ailleurs richement représentée ; on peut en particulier, dans d'excellentes conditions d'études, constater dans leurs grandes familles, les associations variées que peuvent contracter l'élément arthritique et l'élément nerveux. C'est, je le répète, dans ces conditions-là, un sujet d'étude fort instructif.

M. Charcot à la malade : Avez-vous eu des douleurs dans les jointures qui vous aient obligée de garder le lit, des rhumatismes ?

La malade : Oui Monsieur, mais pas très fort ; ma mère au contraire était souvent malade de rhumatisme articulaire aigu, ainsi qu'on l'a appelé.

M. Charcot : Et votre père ?

La malade : Il est mort de la poitrine, mais il était très nerveux, il était très emporté ; et entraînait souvent dans des colères atroces.

M. Charcot : Est-ce que vous connaissez vos oncles, ont-ils été malades ?

La malade : Je les connais peu, j'ai entendu dire seulement qu'ils avaient été souvent atteints de rhumatisme articulaire.

M. Charcot : Et la goutte ?

La malade : Je n'en ai pas entendu parler.

M. Charcot : Connaissez-vous dans la famille des gens qui ont eu des idées noires, la tête dérangée ?

La malade : Non, Monsieur.

M. Charcot : Avez-vous des frères et des sœurs ?

La malade : Oui monsieur, j'ai une petite sœur qui a un eczéma et un jeune frère qui a une tumeur de la cheville.

M. Charcot : Votre sœur a-t-elle eu des attaques de nerfs ?

La malade : Non Monsieur, elle a eu la danse de Saint-Guy ; j'ai une autre sœur qui n'a pas eu de maladie, mais qui est très nerveuse, très emportée.

M. Charcot : Connaissez-vous la famille de votre père ?

La malade : Dans la famille de papa, il y a des somnambules.

M. Charcot : Qu'appellez-vous somnambule ?

La malade : Des gens qui la nuit sortent du lit et marchent.

M. Charcot : Mais qui sont ces somnambules ?

La malade : Il y en a deux ; ce sont des petites filles, des cousines germaines à moi.

M. Charcot : Que faisait votre père ?

La malade : Il était peintre en bâtiment.

M. Charcot : Buvait-il ?

La malade : Il buvait, mais pas beaucoup.

M. Charcot : C'est une justice à rendre aux Israélites ; l'ivrognerie n'est pas dans la race qui, dit-on, a des défauts, mais qui, par compensation, possède de bien grandes qualités.

Vous le voyez, Messieurs, vous n'avez pas perdu votre temps ; l'étude pathologique de la famille de notre malade nous a fourni des résultats intéressants, et nos prédictions se trouvent ainsi réalisées.

▷ DEUXIÈME LEÇON

Ce matin, Messieurs, à la consultation externe, s'est présentée une malade dont je vous ai déjà entretenus, il y a un peu moins d'un an.

Il s'agit d'un cas de dyspnée hystérique. Je vous ai fait remarquer dans ce temps-là que notre malade, alors âgée de vingt ans, était israélite et je relevais à ce propos, combien dans la race, les accidents nerveux de tous genres, entremêlés le plus souvent avec des symptômes arthritiques tels que migraines, rhumatisme articulaire, eczéma, goutte, diabète, etc., se montrent incomparablement beaucoup plus fréquents qu'ailleurs.

J'ai récemment constaté le fait une fois de plus dans des conditions particulièrement favorables à la démonstration, lors d'une petite incursion que j'ai faite l'an passé au Maroc. Là, à Tétouan, près de six mille Juifs, chassés d'Espagne il y a trois siècles, vivent depuis lors strictement claquemurés dans un ghetto. Les mariages consanguins y sont la règle et par conséquent les

influences héréditaires accumulées s'y développent et agissent dans toute leur énergie; si bien que dans un court espace de temps, il m'a été permis, sur une population en somme très restreinte, de reconnaître maintes fois les nombreux méfaits des diathèses arthritiques et nerveuses entrant en combinaison.

Mais c'est là un sujet sur lequel je reviendrai, je pense, avec plus de détails quelque jour, et que j'espère alors pouvoir traiter dans les règles; car il s'agit ici, vous l'avez bien compris, d'une curieuse étude de pathologie comparative.

J'ai insisté autrefois, dans la leçon à laquelle je vous prie de vous reporter, sur les antécédents héréditaires très chargés, relevés chez notre malade; je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Qu'il me suffise de vous dire ce qui s'est passé chez elle depuis un an; d'ailleurs, en somme, les accidents d'aujourd'hui ne diffèrent en rien d'essentiel de ce qu'ils étaient lors de la première démonstration.

Sa respiration est actuellement comme elle l'était alors, extrêmement précipitée; vous pouvez le constater *de visu*, vous pouvez le reconnaître mieux encore sur le tracé que je vous présente et qui a été recueilli en suivant la méthode de Marey (voir tracé p. 15).

Nous comptons à peu près de 170 à 180 respirations par minute. Tout cela se fait silencieusement et sans bruit. La malade ne semble pas anxieuse, bien que les inspirations soient peu profondes; elle ne souffre véritablement pas et on ne constate chez elle aucune trace de cyanose, contrairement à ce qui aurait lieu certainement s'il y avait véritablement dyspnée avec anoxémie.

Il n'y a pas d'accélération non plus du pouls (60 à 80 par minute). L'auscultation montre d'ailleurs que l'inspiration et l'expiration sont parfaitement libres, et, à part la fréquence, dénuées de toute anomalie de telle sorte que la dénomination de tachypnée conviendrait incontestablement beaucoup mieux que celle de dyspnée, pour caractériser cette accélération hystérique des mouvements respiratoires.

La précipitation des actes d'inspiration et d'expiration est d'ailleurs, chez notre malade, un phénomène de l'état de veille, comme

le sont beaucoup d'autres symptômes hystériques du même genre. Le sommeil les supprime complètement. Dans la journée, même à l'état de veille, la tachypnée n'est pas absolument toujours présente; il y a des temps de répit plus ou moins longs. Elle se montre par accès qui durent de deux à trois ou quatre heures et qui semblent à peu près toujours inaugurés par une période prodromique marquée par des symptômes qui rappellent l'aura de l'hystérie convulsive. Il semble alors à la malade qu'elle ressent une constriction à la gorge, suivie de bourdonnements d'oreilles, de battements dans les tempes, et peu après se montre l'accélération des mouvements respiratoires. L'attaque se termine souvent par des pleurs, comme se termine l'attaque d'hystérie vulgaire, et en somme, il n'est guère douteux que l'accès dyspnéique représente, en quelque sorte, une attaque hystérique transformée.

Dans ce cas, point de stigmates, c'est-à-dire pas d'anesthésie cutanée, pas d'ovarie, pas de troubles sensoriels, etc. Le symptôme sur lequel j'appelle votre attention est donc à peu près solitaire. C'est l'occasion de relever une fois de plus la tenacité des accidents d'hystérie monosymptomatique. Il y a en effet, près d'un an que durent les choses, malgré qu'un traitement rationnel assez suivi ait été mis en œuvre, et rien n'annonce qu'elles doivent changer prochainement.

OBSERVATION II

(*Respiration hystérique rapide*. WEIR-MITCHEL, 1893. In thèse Loubry).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans ayant présenté de nombreux symptômes d'hystérie : des manifestations du côté de l'articulation du genou gauche à la suite d'une chute, de l'aphonie, une longue période de catalepsie et des crises d'ystérie très fréquentes.

Son rythme respiratoire est très accéléré, variant de 120 à 150 par minute. La respiration est superficielle, affecte le type costal supérieur, elle est régulière. Le nombre des respirations augmente quand la malade se sait observée. Il tombe de 18 à 20 pendant le sommeil.

OBSERVATION III.

(2^e cas de WEIR-MITCHELL)

7

Fille de 21 ans, mulâtresse. Entre pour se faire soigner à l'infirmerie le 10 septembre 1891. On ne peut obtenir de renseignements sur sa famille et à cause de son peu d'intelligence, ses propres symptômes et son passé sont imparfaitement racontés.

En 1887, elle dit avoir eu une forte bronchite qui la tint tout l'hiver et fut suivie de la perte de la voix pour une année. C'était probablement hystérique, puisque en décembre 1887, elle souffrait de coliques, en dehors desquelles elle présenta pendant sept mois divers symptômes hystériques avec de fréquentes et fortes migraines et nombreuses convulsions du type hystéro-épileptique grave. Elle passa sept mois dans le lit, mais ne sait guère ce qui s'est passé. En mai 1888, elle fut apportée à St-Luke's Hospital à New-York dans un état comateux qui dura quatre jours. S'étant améliorée quelque peu, elle rentra chez elle, où depuis elle prit des crises d'hystérie. Les crises étaient fortes et duraient deux heures, suivies d'un état de stupeur qui durait plusieurs heures. Cet état existait encore quand on l'admit à l'infirmerie.

A cette date, le Dr Hirst trouve ses organes génitaux normaux, il n'y a pas de sensibilité ovarienne, ni de zones épileptogènes. Elle a de l'hypoesthésie sur tout le côté gauche, jambe, bras et corps, avec de la parésie des deux jambes et du bras gauche.

On ne trouve rien à l'examen des organes thoraciques et viscéraux. L'appétit et la digestion sont normaux, il n'y a pas d'anémie. Le réflexe rotulien est exagéré. Il y a un peu de clonus, de trois à cinq mouvements. Le pouls est normal, la température aussi. Les respirations varient de trente à cinquante par minute. La respiration est surtout du type costal supérieur, mais de temps en temps l'abdomen et les côtes s'abaissent. En général il est difficile et impossible de distinguer le moindre mouvement du diaphragme. Pendant le sommeil, le rythme respiratoire tombe à

vingt par minute. Ces particularités de la respiration n'étaient pas connues de la malade. Elle semble ne lui causer aucune fatigue alors que chez une personne bien portante, une respiration volontairement aussi rapide épuiserait vite. La malade s'améliore rapidement mais non sa respiration.

OBSERVATION IV

(3^e cas de WEIR-MITCHELL)

Femme de 19 ans, célibataire. A l'âge de 17 ans, la malade eut, après un léger accident de voiture, un peu de douleur du côté de l'épine dorsale et au bout d'un an, elle perdit presque sa voix par suite d'une frayeur occasionnée par un orage avec tonnerre. Elle allait mieux quand, en mars 1890, elle eut une laryngite avec une vive attaque de grippe et alors elle perdit brusquement sa voix, elle pouvait à peine chuchoter. On reconnut à New-York que ce n'était pas hystérique mais une rare forme de paralysie des muscles abducteurs du larynx. Le traitement électrique ne donna aucun soulagement. L'aphonie s'améliora vers la fin de l'été. Elle est presque guérie mais la voix se fatigue facilement. Le 23 novembre 1891, quand je la vis pour la première fois, elle continuait à être agitée et à avoir des accès de contracture, à ce moment elle a un teint frais, coloré et a l'air de bien se porter, à tout moment elle a des stigmates hystériques. Le nombre des globules du sang et la quantité d'hémoglobine sont normaux. Ses fonctions digestives rénales et menstruelles se comportent bien. Elle n'a pas de sensibilité ovarienne. Hypéresthésie dans les muscles. Les bras, le dos et l'abdomen mais non la face présentent des zones d'anesthésie disséminées variant de jour en jour. Pas d'anesthésie aux membres inférieurs. Douleur le long de l'épine et des reins.

La malade urine normalement. Les mouvements la fatiguent vite. Son pouls est habituellement fort la nuit mais très changeant. La respiration varie également, mais la moindre excitation l'élève et elle reste forte pendant une heure ou plus. Le massage,

l'électricité, mes visites etc., tout accroit le rythme de la respiration.

Son pouls et sa respiration augmentent comme suit :

Respiration	30	Pouls	75
—	40	—	80
—	60	—	85

On l'obligea à rester au repos en lui interdisant de parler pendant trois semaines et en lui faisant du courant faradique localisé et du massage quotidien. Elle guérit bien mais ne put reconquérir l'usage complet de ses facultés qu'après quelques mois.

OBSERVATION V

(Tachypnée hystérique chez un enfant : David RIESMAN)

Tachypnée rendue bruyante par une inspiration sifflante.

Par intervalles, un mouvement de déglutition.

Enfant de 13 ans, il est le deuxième d'une famille de huit enfants, dont deux sont morts. Dans ses antécédents on trouve une fièvre typhoïde bénigne quelques années auparavant. Un soir, il rentra chez lui, se plaignant de suffocation. On lui fit prendre des boissons chaudes et le trouble disparut entièrement. Pendant deux semaines, il se porta très bien, puis les symptômes revinrent tels qu'ils sont à présent.

On note 81 respirations par minute. La respiration est bruyante parce que l'air est aspiré à travers les dents. Elle est parfaitement rythmique, interrompue cependant toutes les 14 ou 15 respirations par un mouvement de déglutition. Léger tirage sus-sternal et sus-claviculaire, à l'auscultation, inspiration un peu rude.

Cette tachypnée cesse pendant le sommeil, et aussi quand l'enfant s'amuse, ou travaille, la respiration devient alors naturelle.

OBSERVATION VI

(Mackey 1883 *in* WEIR-MITCHELL)

Jeune fille de 27 ans, qui en s'asseyant sur son lit, se mit à respirer brusquement de 88 à 93 par minute avec de temps en temps des efforts convulsifs. Son pouls était faible et battait 64 fois à la minute. La température était de 99 Farenheit.

Elle était chlorotique et à l'auscultation du cœur on entendait à la base un bruit systolique, si éclatant qu'il masquait tous les autres bruits de la poitrine.

La morphine et l'atropine triomphèrent de ce singulier symptôme, mais le troisième jour, le nombre de ses respirations augmenta de 88 à 128 par minute, et la malade présenta alors divers symptômes hystériques. La respiration était superficielle et courte.

Mackey appelle l'attention sur le rapport entre ce cas et la respiration rapide mais profonde que l'on voit dans certains cas de diabète.

OBSERVATION VII

(BRISTOW *in* WEIR-MITCHELL).

Le Dr Bristow, au milieu d'autres signes hystériques, semble parler d'un cas de dyspnée hystérique avec des symptômes d'asthme. Dans un cas, il y avait respiration rapide, toux et expectoration sanguinolente sans élévation de température. Il croit que le simple excès dans le rythme de la respiration peut être vu dans l'hystérie.

Dans le cas d'une femme de 30 à 40 ans avec d'autres signes d'hystérie, il y avait des périodes de respiration rapide, 70 à 80 respirations à la minute, pouvant durer de quelques minutes à quelques heures, le pouls restant normal.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Soca : *Sur un cas de tachypnée hystérique secondaire*).

Il s'agit d'une négresse de 27 ans, veuve d'un mari qui aurait succombé à une pneumonie au bout d'un mois. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Personnellement n'a eu que l'influenza quelques années auparavant, à part les attaques de nerf auxquelles elle est sujette et dont elle se rappelle exactement les préludes qui précédaient sa crise pendant un à deux jours et qui se résu- maient en un état de mélancolie profonde et invincible : elle s'en- ferme, pleure, se désole jusqu'à ce qu'éclate l'attaque qui dure des heures, parfois un ou deux jours et la laisse épuisée.

Elle entre à l'hôpital pour un avortement tout récent; on lui fait un curetage. Quelques jours après, elle prend froid en se mettant à une fenêtre, ce qui la fait regagner son lit en proie aux frissons. On l'admet alors dans le service du Dr Soca : ce qui frappe surtout, c'est son aspect de profonde souffrance avec une respiration accélérée, courte et pénible; point de côté intense avec essoufflement excessif : 77 respirations à la minute courtes, superficielles, de type nettement costal. L'excursion du diaphragme est limitée du côté droit.

Le pouls est à 120, la température 38°.

Grâce à des symptômes concomitants, on diagnostique une pleurésie et on pose quelques ventouses scarifiées. Le lendemain, la respiration était normale, les douleurs avaient cédé en grande partie et le diaphragme marchait bien des deux côtés.

Deux jours après, les modifications des divers symptômes confirment le diagnostic de pleurésie avec poumon un peu congestionné. On trouve des zones hystérogènes diverses.

Le lendemain, les signes physiques restant les mêmes, on voit apparaître soudain une dyspnée considérable : 160 respirations par minute sans aucune trace de cyanose; la malade est au contraire tranquille, indifférente en apparence à une souffrance qui devrait être extrême.

Le pouls est alors à 100, plein et régulier. Temp. 38°. Au bout

de plusieurs heures, la dyspnée continuant, on fait une thoracentèse qui ne trouve que 600 grammes de liquide plutôt sangui-nolent. Cette énorme dyspnée cesse subitement.

Trois jours après la ponction, attaque avec spasme laryngé formidable et grandes convulsions avec cyanose. La crise dure toute la journée et est remplacée par la dyspnée : 140 à 160 respirations par minute : la cyanose disparaît, la malade redevient indifférente. Pouls : 80, tempér. 37°. Plusieurs ponctions explo-ratrices donnent un résultat négatif. Quelques ventouses scari-fiées arrêtent la dyspnée. L'état reste bon pendant quelques jours, puis nouvelle crise de nerfs formidable : pas de spasme laryngé cette fois ci, mais arcs de cercle gigantesques ; cela se termine par une attaque de dyspnée : 144 respirations à la minute ; pouls calme ; pas de température ni de cyanose ; elle n'a toujours pas l'air de faire attention à son oppression : une unique ventouse scarifiée calme subitement cette dyspnée.

La malade se sentant mieux retourne chez elle, puis revient au bout de quatre jours à cause d'une hématomérose : rien d'important à l'examen de l'estomac.

Puis deux jours après sa rentrée, nouvelle crise avec convul-sions, grands mouvements, arcs de cercle, se terminant par vio-lente crise de dyspnée pareille aux autres : 160 à 170 respirations par minute ; pouls et température normals, pas de cyanose.

Cette dyspnée dure quatre heures, puis s'achève brusquement avec délire hallucinatif d'assez longue durée.

A partir de ce moment la malade va de mieux en mieux et sort quinze jours après complètement guérie, sauf de légers vestiges de sa maladie pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION IX (résumée)

(In Thèse FOUQUET.)

Dyspnée hystérique chez une convalescente de scarlatine avec albuminurie.

C'est une jeune fille de 19 ans qui entre à l'hôpital en période d'éruption d'une scarlatine, laquelle évolue normalement. On

trouve de l'albumine pendant la convalescence, persistant quelque temps, puis diminuant et disparaissant.

Un soir l'interne de service trouve la malade assise sur son lit en proie à une vive agitation et avec une dyspnée intense. Respiration courte, haletante, précipitée, la malade s'archoute sur le bord de son lit. Pas de Cheyne-Stokes, ni d'autres symptômes alarmants pouvant faire craindre des accidents urémiques. Les respirations sont gênées, très fréquentes, mais égales en durée : c'est de la polypnée.

Dans la journée suivante urines abondantes, limpides, sans traces d'albumine. Ce sont des urines nerveuses typiques.

Pression des ovaires très douloureuse et on trouve d'autres stigmates d'hystérie les jours suivants : hypoesthésie, hémianesthésie, attaque convulsive avec boule prémonitoire.

Depuis la dyspnée a disparu, mais a été remplacée par d'autres accidents hystériques : troubles visuels, anasthésie, ovaralgie, etc. Plus d'albuminurie.

OBSERVATION X

(In Thèse FOUQUET.)

Dans cette observation il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, d'aspect infantile, emphysémateuse et hystérique, à qui on fait une trachéotomie en raison des symptômes menaçant qu'elle présentait : la malade était cyanosée, râlant, avec les signes habituels de sténose laryngée, dysphonie et déglutition des liquides impossible ; la malade, pleine de terreur fait signe qu'elle étouffe. Les signes stéthoscopiques ne sont pas en relation avec cette dyspnée.

La canule n'apporte pas son soulagement habituel, la dyspnée ne diminue que peu à peu.

Deux jours après, malgré la persistance de la canule, nouvelle crise de dyspnée paroxystique : on place devant la canule une compresse imbibée de chloroforme et quand la malade est presque endormie, la respiration est moins gênée.

Le lendemain elle respire très facilement, figure calme et reposée, on retire la canule : cicatrisation sans accidents.

Les différents symptômes que présentait la malade ont pu faire penser au commencement à la tuberculose pulmonaire et à un ulcère simple de l'estomac.

OBSERVATION XI (résumée)

(In Thèse FOUQUET.)

Dyspnée, polypnée, paraplégie, hystérie, guérison.

Il s'agit d'une femme de 48 ans. Sa mère est très nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques.

Réglée à 22 ans seulement, deux ans après son mariage.

Grossesse normale à 30 ans, une fille sujette à des accidents nerveux : pleurs faciles, humeur inégale.

Elle présente, outre une paraplégie presque complète, une hémianesthésie gauche complète et une vive sensibilité ovarienne.

Dyspnée particulièrement fréquente, caractérisée par une extrême fréquence et une remarquable brièveté des respirations. A chaque mouvement d'inspiration, les espaces intercostaux se dépriment et le creux épigastrique, au lieu de se gonfler comme à l'état physiologique, s'excave au contraire, ce qui indique l'immobilité du diaphragme. La dyspnée jointe à la paraplégie éveille chez M. Hallopeau l'idée d'une affection bulbaire ou spinale.

Rien aux poumons. Attaques d'hystérie convulsive les jours suivants ; puis on remarque que la dyspnée, peu intense quand la malade est seule, augmente rapidement lorsqu'on s'approche du lit et qu'elle se voit l'objet de l'attention du service.

Les jours suivants : gastralgie, anorexie, violente attaque d'hystérie avec opisthotonos. Ovaralgie vive. Puis polypnée extrême : 60 à 70 respirations par minute, se décomposant en plusieurs aspirations courtes, pressées, suivies de temps en temps d'une

profonde expiration. La paraplégie ne s'améliore pas, vives douleurs thoraciques constrictives.

Quinze jours après la paraplégie semble diminuer peu à peu, l'hémianesthésie persiste, mais les crises de polypnée deviennent plus rares. On essaie le traitement par l'aimant qui ne donne pas de résultats appréciables, on décide alors d'appliquer le traitement métallothérapique, des plaques de cuivre sont appliquées suivant la méthode du docteur Burq.

Au bout de quelques jours tous les accidents ont disparu et la malade sort avec toutes les apparences d'une guérison complète.

OBSERVATION XII

(JANET : *Névroses et idées fixes* 1904, p. 314).

Observation de Juliette : jeune fille de 14 ans, paralysie des muscles du tronc, énorme obésité, soixante-quatorze kilos. Tares nerveuses et alcooliques chez les parents. Elle ne peut effectuer aucun des mouvements volontaires du thorax et de l'abdomen, ni arrêter sa respiration, ni contracter ou gonfler son abdomen. Les mouvements respiratoires seuls persistent ; ils s'exécutent avec une violence et une rapidité extraordinaires, le thorax est violemment soulevé par chaque respiration, la secousse gagne même les épaules et ces mouvements violents se répètent de 90 à 110 à la fois par minute.

Cet état dure depuis deux ans.

Cette polypnée ne gêne pas beaucoup la parole, des soupirs et des bâillements interrompent fréquemment la polypnée.

Les hoquets ont été nombreux au début.

Le cœur bat de 90 à 100.

Les tracés montrent qu'il y a antagonisme entre les mouvements du thorax et de l'abdomen, respiration en bascule.

La respiration devient normale pendant le sommeil.

A intervalles à peu près réguliers, toutes les 10 à 15 respirations environ, huit fois par minute, la polypnée est interrompue par un soupir profond, puis elle reprend son rythme accéléré.

OBSERVATION XIII (résumée)

(N. LANNOIS, *in* thèse GAISSET 1903).

Il s'agit d'une malade de 39 ans, née de père inconnu ; mère bien portante, très nerveuse, mais n'a jamais pris de crises, on retrouve même tempérament sans crises chez la grand'mère. Pas d'autres antécédents nerveux dans la famille.

La malade, venue au monde normalement prenait des évanouissements dans sa jeune enfance : perte de connaissance de quelques minutes, sans cri initial, sans mouvements cloniques. Ceci était fréquent, la malade ne peut donner d'autres renseignements tels que perte d'urine et écume à la bouche.

De 6 à 17 ans, bronchite ; à 14, petite vérole.

Réglée à 17 ans, régulièrement. Evanouissement de nouveau à la puberté, sans mouvements cloniques, toutes les semaines. Se marie à 30 avec homme bien portant. Pas de fausse couche ni de grossesse.

Céphalée fréquente avant le mariage, le devint encore plus après. Pas de dysphagie, ni chute de cheveux. Evanouissements moins fréquents depuis le mariage. La malade a des troubles de la parole depuis huit mois, à la suite d'une crise survenue dans le service du docteur Mouisset en 1897 : perte de connaissance, chute en arrière et grands mouvements cloniques.

Ces troubles consistent en un bégaiement particulier et toute émotion lui enlève même complètement la parole. Elle paraît dyspnéique, en effet, elle présente plus de 32 respirations à la minute à l'état de repos. Mouvements continuels des ailes du nez.

Ces troubles respiratoires si manifestes sont permanents, c'est-à-dire persistent même lorsque la malade ne parle pas (voir tracé).

Elle était rentrée dans le service du docteur Lannois pour suivre un traitement journalier de gymnastique respiratoire ; peu de progrès et crises nombreuses pendant son séjour. Elle sort au mois d'août pour revenir à la consultation le 6 novembre 1902.

Elle se plaint alors de douleurs osseuses et de sensation de froid dans les os, les troubles de la parole sont atténués mais l'émotion les exagère vite, elle répète plutôt les membres de phrases que les syllabes. Parole explosive fatigante pour l'auditeur, monotone très saccadée, très lente. Les troubles respiratoires sont manifestes, les ailes du nez battent énergiquement, la figure a une expression d'angoisse indéfinissable pour répondre à la moindre question. Les crises d'hystérie sont nettes et fréquentes. Elle a pris aussi des crises de sommeil invincible, elle dormirait tout le temps. Névralgies multiples depuis 1897 ; douleurs dans le bras droit et dans les reins, céphalées de toute la tête, sensation d'os glacé. Analgesie musculaire profonde. Hyperesthésie des deux seins. Zone spasmodique à l'ovaire droit.

La malade fut présentée en 1904 par MM. Mouisset et Mouriquand à la Société des Sciences médicales : crises dyspnéiques très violentes et bégaiement continu. Ces crises survenues à la suite d'une chute dans l'escalier, amènent M. Mouisset à discuter, à cause de leur violence, sur l'opportunité de la trachéotomie, car la malade pourrait mourir par asphyxie pendant de pareilles crises.

M. Lannois, dans la séance suivante, apporte plusieurs tracés de la respiration de la malade. Ces tracés montrent bien la permanence des troubles à l'état de repos ; les inspirations et les expirations sont très irrégulières dans leur intensité, leur durée, leur nombre en un temps donné. Lorsque la malade veut parler, il y a alors une véritable ataxie des mouvements respiratoires. On conçoit combien des troubles de cette intensité doivent gêner la parole et lui donner un caractère irrégulier qui la rapproche du bégaiement.

M. Lannois considère ces troubles permanents de la respiration comme un caractère distinctif du bégaiement ordinaire et du bégaiement hystérique.

Pour lui c'est la dyspnée qui cause ici le bégaiement de la malade.

OBSERVATION XIV

(in thèse Loubry.)

Polypnée nerveuse. Respiration du type costal supérieur.

Marie X..., âgé de 27 ans, domestique.

Antécédents héréditaires et collatéraux n'ont rien de particulier. Sa mère est très émotive, mais n'a jamais eu de crises nerveuses. Elle a trois frères bien portants. A 10 ans, fièvre typhoïde avec rechute. Réglée à 16 ans. La tachypnée remonte à l'âge de 15 ans sans autre signe prémonitoire de nervosisme : tout enfant, elle n'a jamais eu de convulsions, elle a un caractère égal. Sa première crise a le caractère des crises suivantes, telles que nous le décrirons plus loin, sauf en ce qui concerne le début. La crise est précédée d'un point de côté siégeant au niveau du thorax dans un endroit qui varie à chaque crise nouvelle et éveillant, quoique non accompagné de toux, ni de fièvre, l'idée d'une affection pulmonaire commençante. Aussi pendant les cinq ou six premières crises marquées par ce début, fait-on de la révulsion à ce niveau. Elle fait disparaître le point de côté, mais n'a aucune action sur le rythme respiratoire.

Ces crises apparaissent tous les deux ou trois mois au début, puis s'espacent et ne reviennent que tous les six mois environ, leur durée aussi est variable : la première crise a persisté pendant plusieurs mois ; dans la suite elles durent quelques semaines. Elles débutent toujours par un point de côté très douloureux, qui serait une sorte d'aura. Elles se terminent brusquement sans que la malade s'en aperçoive. Cet état continue jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment les crises cessent tout à fait, en même temps que l'état général de la malade devient meilleur. Ses règles se régularisent et deviennent plus abondantes. Pendant neuf ans, la malade jouit d'une santé excellente.

Le 20 janvier 1904, en dehors de toute sensation ou émotion, elle se sent énervée. Elle est prise de constriction à la gorge et la

polypnée s'installe. Elle dure jour et nuit empêchant le travail et le sommeil pendant cinq jours. Elle est traitée à l'hôpital Beaujon par du bromure de potassium et des piqûres de cacodylate de soude. La guérison a lieu d'une façon spontanée et inconsciente.

Il est à remarquer que cette sensation de constriction à la gorge qui a précédé la crise a remplacé le point de côté des premières attaques. Elle se renouvelle à la crise suivante qui se produit le 2 mars 1904 pour laquelle elle entre à l'hôpital de la Charité.

Description de la dernière crise. — Le début est subit. La malade est prise de malaise et d'une sensation de constriction à la gorge. Cet état dure un quart d'heure. Puis, le rythme respiratoire s'accélère.

Le nombre des respirations est de 100 à la minute. La respiration est ample, à type costal supérieur. La partie supérieure du thorax seule est soulevée : le diaphragme est à peu près immobile, car la paroi abdominale reste inerte. On ne constate de même aucun mouvement des espaces intercostaux inférieurs.

La malade n'a pas l'air dyspnéique ; elle garde sans peine n'importe quelle position. Elle n'est pas cyanosée. Les ailes du nez ne battent point. Elle ne tousse pas, le pouls est à 90.

Pendant la crise on constate une anesthésie sensitive totale à droite : à gauche, la sensibilité à la douleur est très éteinte et avec un temps de latence très notable. Ce sont les seuls signes d'hystérie que présente la malade.

L'examen des poumons et du cœur ne révèle rien de particulier. Les autres organes paraissent sains. Les fonctions digestives et intestinales s'accomplissent sans trouble. Les urines très claires et d'abondance normale, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La malade sort le 12 mars 1904 complètement guérie après l'ingestion de deux pilules de bleu de méthylène. Examen de la malade à sa sortie. Pas de zones anesthésiques du tégument externe, ni de la cornée. Pas de zones hystérogènes. Pas de troubles sensoriels : l'ouïe, l'odorat, le goût, le tact sont normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Les réflexes rotuliens sont un peu forts. La malade ne présente en somme aucun stigmate d'hystérie.

OBSERVATION XV

(Service du D^r MOLLARD. Croix-Rousse, 1905).

Emile B..., 39 ans, manœuvre, entre le 1^{er} décembre 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service du docteur Mollard, salle Saint-Eucher.

Le malade entre pour de l'essoufflement intermittent et de la faiblesse. Père mort de fluxion de poitrine. Mère morte de suites de couches. Six frères et sœurs bien portants.

A 18 ans, il eut une pleurésie gauche qui le fit rester deux mois et demi à l'Hôtel-Dieu. C'est la seule maladie qu'il eût faite. Pas d'accidents vénériens. Un peu d'éthylisme.

Il est très nerveux, pleure et s'effraie facilement ; il n'a jamais eu de crises nerveuses.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois et demi par la perte de l'appétit et une faiblesse progressive. Le 1^{er} novembre (il y a un mois), le malade eut une crise d'essoufflement qui débuta vers 3 heures du matin et dura une heure à une heure et demie. Le malade vomit tout le repas de la veille et il eut des sueurs abondantes. Une crise pareille le reprit le 6 novembre, mais sans vomissements ; elle dura trois heures. Depuis, il en eut un grand nombre d'autres, qui apparaissaient à la moindre contrariété.

Ce sont les seuls troubles dont le malade se plaignait.

Actuellement, bon état général ; après avoir maigri il y a quelque temps, le malade a engraisé depuis.

Les digestions se font bien, mais après les repas il y a du ballonnement du ventre, ce qui gêne un peu la respiration, grande tolérance de la vessie : le malade reste facilement vingt-quatre heures sans éprouver le besoin d'uriner.

Jamais le malade ne s'est aperçu de troubles nerveux : pas de paralysie, ni douleurs, ni troubles sensoriels.

Il a bonne mémoire, mais il est très émotif ; à l'école, il a bien travaillé jusqu'à 12 ans ; mais, dès ce moment, le travail et surtout les exercices de mémoire, ont été très pénibles pour lui.

En dehors de ses crises d'oppression, il respire normalement, sans effort et sans accélération du rythme.

Pendant les crises d'oppression, le malade présente une polypnée marquée entre 60 et 80 respirations par minute ; cette polypnée se fait la bouche entr'ouverte et les mouvements respiratoires sont superficiels.

Pas de tempér., pas d'albumine.

Sonorité normale à la percussion des poumons. A l'auscultation, rien de particulier, sauf quelques légers frottements à la partie moyenne de son poumon gauche, reliquat de sa pleurésie.

Au cœur, rythme à trois temps inconstant. Foie normal.

Examen du système nerveux. Au point de vue moteur, le malade a tous ses mouvements sans paralysie ; mais il a du tremblement depuis son enfance ; ce tremblement se retrouve chez tous ses frères et sœurs.

Rien d'anormal dans la marche.

Au point de vue sensitif : anesthésie cornéenne et pharyngée ; hypoesthésie du côté des mains, des avant-bras et de la face externe et postérieure de la moitié supérieure du bras.

Champ visuel normal des deux côtés.

Les réflexes sont exagérés. La recherche de la sensibilité par la piqûre provoque des mouvements très brusques de défense. Réflexe rotulien exagéré, surtout à droite ; clonus de la rotule à droite ; clonus du pied des deux côtés.

Réflexe plantaire normal. Les pupilles sont normales et réagissent normalement.

Pas de troubles trophiques.

A la radiographie : Cœur un peu gros ; sommets gris ; ganglions trachéobronchiques volumineux.

OBSERVATION XVI

(Service du docteur Jules COURMONT. St-Pothin 1908, DELACHANAL, interne.)

Blandine L... 49 ans, employée, entre à l'hôpital Saint-Pothin parce qu'elle est oppressée, dans le service du docteur Jules Courmont.

Père mort d'une fluxion de poitrine. Mère bien portante. Trois frères tous bien portants. Deux frères morts à 3 mois et à 10 mois

Rougeole dans l'enfance, pas d'adénites cervicales, pas d'impetigo de la face. Réglée à 17 ans 1/2, irrégulièrement.

L'affection actuelle daterait d'il y a un an, époque à laquelle la malade a commencé à être essoufflée surtout après l'exposition au froid. Mais il y a un mois surtout, que l'essoufflement est devenu plus marqué, la malade a maigri, perdu l'appétit, sueurs nocturnes.

Hier matin la malade a eu quelques crachats sanglants.

Actuellement, à l'examen :

Thorax : Scoliose lombaire à convexité gauche, courbure de compensation dorsale, scoliose qui date de deux ans.

Poumons : Toux assez fréquente, n'amenant jamais de vomissements, expectoration gommeuse.

En arrière. Pas de modifications de la sonorité aux sommets, pas d'exagération des vibrations.

A la respiration, à gauche inspiration soufflante, se terminant par quelques ronchus donnant l'impression de bruits secs. Expiration prolongée, rude.

Sibilances dans toute la hauteur du poumon.

En avant : sonorité et vibrations normales aux sommets, respiration prolongée. Pas de râles. Sibilances déjà notées en arrière.

Cœur : petit. Pointe dans le cinquième espace.

Bruits réguliers.

Rien aux autres organes. Pas d'appétit, langue rosée.

Digestion bonne, un peu de constipation.

Température : 38°3.

Urines : pas d'albumine.

Deuxième séjour, 28 septembre 1908. — La malade est sortie du service il y a deux mois environ, elle avait pu reprendre son travail d'une façon régulière et se portait assez bien, bien qu'il y eut de l'essoufflement, des sueurs faciles. Pas d'hémoptysies habituelles.

La semaine dernière, points de côté violents d'abord à gauche, puis à droite, quintes de toux avec petites hémoptysies; depuis

avant-hier soir, dyspnée intense avec sensation de constriction thoracique.

A l'entrée : dyspnée intense (50 respirations par minute) tirage sus-sternal et sus-claviculaire, inspiration sifflante, cyanose des ongles et des lèvres. Le point de côté a disparu, mais il persiste une sensation de constriction thoracique.

La percussion, difficile en raison d'une scoliose considérable, donne une sonorité normale aux deux poumons, toutefois un peu de tympanisme du côté gauche. De ce côté, les vibrations ne sont pas abolies. Des deux côtés et aux deux temps nombreux râles surtout expiratoires; pas de souffle, pas de symptômes d'épanchements ni de pneumothorax.

Le 16 octobre, tous les symptômes ont disparu, la malade ne tousse pas et a pris trois kilos. Il y a du retentissement de la toux aux deux sommets.

OBSERVATION XVII

(Service du professeur BONDET, 1904. J. BERTIER, interne.)

Colite muco-membraneuse (?)

Hystérie (tachypnée, zone hystérogène et hyperesthésie cutanée)

Maurice S..., 18 ans, épicier, entre à la salle Saint-Augustin, le 17 juin 1904 pour des douleurs abdominales. Parents morts : quatre frères ou sœurs morts d'affections indéterminées; quatre vivants et bien portants. Bonne santé habituelle. Signale seulement la rougeole dans l'enfance. L'année dernière, en octobre, il se mit à tousser pendant neuf mois et à cracher. Il maigrit à ce moment de 6 kilos. A partir de janvier, il ne toussa plus. Pas d'hémoptyxies.

Il y a un mois, il eut un phlegmon de la jambe droite survenu à la suite d'une écorchure, et qui fut ouvert à l'Hôtel-Dieu.

Pendant qu'il était à l'Hôtel-Dieu, il prit des douleurs abdominales sous forme de coliques survenant quand il voulait aller

du ventre ; il était d'ailleurs très constipé. Ces douleurs continuèrent à Longchêne, où le malade passa cinq semaines, presque tout le temps au lit, mangeant très peu, et il y maigrit de 11 kilos. Les douleurs changèrent un peu d'aspect ; elles survinrent dans la région gastrique, et deux heures après le repas, sous forme d'une sensation de plaie vive. A la suite d'une purgation, il eut de la diarrhée pendant quinze jours. A présent, la constipation continue.

A l'entrée, le malade accuse :

Des douleurs de la région gastrique survenant deux heures après le repas.

De temps en temps, il vomit très rapidement après l'ingestion des aliments et alors ne souffre pas autant.

Il est toujours très constipé. Les matières sont très dures, en boules, et il aurait vu à Longchêne des membranes blanchâtres à leur surface.

Pas d'autres symptômes au niveau des autres organes.

A l'entrée le malade est assez pâli, mais avec un embonpoint conservé. Il indique sa région gastrique ou l'angle gauche de son côlon, comme point douloureux. Ces douleurs s'irradient dans le ventre et dans la région lombaire. Il est très difficile de le palper à cause de la réaction de défense de la paroi qu'il contracte fortement.

Le foie n'est pas gros. La rate présente une matité de deux travers de doigts au moins. Le cœur ne présente rien d'anormal. Le poumon ne présente pas de zone de matité. On ne peut actuellement ausculter le malade qui souffre beaucoup et immobilise instinctivement son thorax.

La température était de 38°9 hier soir. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Pouls à 100 ; Température : 37°8.

Dyspnée : 32 respirations.

Un peu de diarrhée depuis hier, consécutivement à une purgation.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pendant la visite, le malade prend brusquement une crise de

tachypnée et de tachycardie. La respiration atteint 60 à 80, et le pouls, 140.

A ce moment les douleurs abdominales augmentent et lui donnent une sensation de boule qui remonte au gosier. L'hyperesthésie est d'ailleurs plus sous-cutanée que profonde.

La température, qui brusquement passe de 40° à 37° en quelques minutes, semble être truquée.

En somme, hystérie certaine.

OBSERVATION XVIII

(Service du Professeur BONDET — D^r BARJON, 1899)

Tachypnée hystérique, à type diaphragmatique

Anna T., 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Bénédict Teissier, le 26 juillet 1899. Père mort à 66 ans d'une maladie d'intestin. Mère en bonne santé, elle prend parfois des crises de nerfs, elle dit qu'elles durent un jour, elle fait des mouvements avec ses membres, mais ne perd pas connaissance.

Un frère et une sœur en bonne santé, une sœur morte à 25 ans d'épuisement (?), elle ne crachait pas de sang, elle n'était pas nerveuse, pas de rhumatisme dans sa famille. Sa sœur est un peu nerveuse.

Toujours réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, pas de fausse couche, pas de grossesse. Rougeole dans l'enfance, pas de scarlatine, ni coqueluche, ni convulsions, pas de rhumatisme, ni de chorée, aucune autre maladie. A 17 ans, la malade a commencé à être constipée et à souffrir de l'estomac, en même temps, la malade a changé un peu de caractère, est devenue triste, pleurait facilement ; il y a 3 ou 4 ans, on lui a fait prendre des douches pour de l'anémie ; il y a 19 mois, la malade a commencé à avoir par moments de l'oppression et des crises de dyspnée, cela a commencé brusquement ; la malade un soir s'était couchée parce qu'elle souffrait de l'estomac, on la fit lever et aussitôt la dyspnée commença. Il n'y a pas eu de modifications depuis. Elle n'a jamais toussé, ni craché. Jamais de vomissement.

Actuellement, la malade accuse une douleur presque continue à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, c'est principalement une sensation de constriction s'accompagnant d'échauffement. Pas de sensation de brûlure, elle dit n'avoir pas d'appétit, pas de vomissements ; elle est toujours constipée. Elle a parfois quelques renvois sans saveur spéciale. Langue un peu blanche.

La malade accuse de l'oppression, celle-ci semble modérée cependant, malgré que la respiration soit irrégulière, superficielle et extrêmement rapide (100 respirations en moyenne.) Pas de cyanose. Ces secousses respiratoires provoquent un bruit de glou glou gastrique remarqué par la malade.

La malade est très nerveuse, mais ne semble pas avoir pris de crises hystériques. Elle a des battements rythmiques des paupières, la malade dit voir trouble. Elle dit sentir un peu plus la piqûre dans tout le côté gauche du corps.

28 juillet. — La malade a peu dormi cette nuit, pendant son sommeil la dyspnée a disparu.

Anesthésie de la conjonctive et de la cornée, pas d'anesthésie du pharynx.

La dyspnée est très variable, parfois les mouvements respiratoires sont si rapides qu'ils constituent une véritable trémulation. En ce moment, la malade est assez calme et on compte 72 respirations. Quelques minutes après on compte 120 respirations avec 137 au pouls, quelques autres minutes après 168 respirations.

Rien à l'examen des poumons.

Chaque mouvement respiratoire s'accompagne de battements des ailes du nez. La respiration est à peu près uniquement diaphragmatique. La pression de la fosse iliaque droite arrête les accès de dyspnée. La malade dit sentir un peu mieux la piqûre dans tout le côté gauche du corps, sauf aux membres inférieurs.

Hier la malade avait les jambes un peu raides, ce matin elles ne le sont plus.

On compte 200 respirations en ce moment.

31 juillet. — Pouls 104, respirations 84.

7 août. — Pouls 120, respirations 80, la malade semble déglutir de l'air par moment.

La respiration a toujours très nettement le type uniquement diaphragmatique : 92 respirations, pouls 120.

on électrise le phénique, de suite après on compte 120 respirations. Mais tant que les électrodes sont appliquées, la respiration s'arrête.

9 août. — La malade a cinq accès de dyspnée dans la journée, dans la semaine les accès ont varié de 3 à 5 par jour, le pouls est à 120.

17 avril. — La respiration s'accompagne toujours de clapotage, respirations 80, pouls 104, abolition de la sensibilité des deux cornées.

21 août. — La malade a toujours de deux à trois crises par jour, de plus elle accuse des palpitations. Pouls 144, quelques minutes après on trouve 152. On donne de la strychnine.

Les réflexes des membres supérieurs existent, mais faibles.

Les réflexes rotuliens ont une intensité moyenne.

21 août. La malade a pris trois jours de la strychnine : deux fois trois milligrammes et une fois quatre, elle trouve que ses crises seraient plus fréquentes :

le 21..... 2 crises

le 22..... 3 —

le 23..... 4 —

On supprime la strychnine, de même que l'on supprime le bromure de potassium qu'elle avait depuis le 27 juillet.

28 août. — 104 à 108 respirations, 140 au pouls, elle accuse des brûlures dans les reins et par tout le corps.

4 septembre. — La mère de la malade fournit les renseignements qui suivent : la mère, les frères et sœur sont nerveux. La malade elle-même n'a jamais pris de crises nerveuses véritables, mais seulement des crises de larmes. Le début de la dyspnée brusquement apparue un soir est confirmé par la mère.

7 septembre. — Polypnée toujours analogue.

11 septembre. — Même état, avec phénomènes vaso-moteurs du côté de la face.

14 septembre. — On compte 160 respirations, toujours zone frénatrice dans la région ovarique droite.

21 septembre. — Chaque séance d'électrisation du phrénique provoque une crise dyspnéique suivie d'une assez longue période de calme.

21 octobre. — La malade est toujours dans le même état. On fait alors un traitement par l'isolement qui donne légère amélioration.

Le 5 janvier 1900, on revoit la malade, elle va mieux et n'a plus que 42 respirations par minute. On constate de la roséole émotive très nette et un état de refroidissements des extrémités et une coloration bleuâtre des mains. Pouls est à 140.

On fait traitement par bromure de potassium (3 grammes par jour) et par des douches.

Chimisme gastrique après repas d'épreuve : HCL libre = 2,3 acidité totale = 5,8, réaction très positive avec acide lactique.

La malade se plaint toujours de douleurs gastriques, brûlures à la gorge mais elle n'a pas de vomissements.

13 janvier 1900. — Seconde épreuve après repas : chimisme : HCL litre = 0,50. La réaction de Gunsburg et celle du vert brillant de Lépine donne résultat positif. Acidité totale = 4,30.

L'acide lactique est mis en évidence par perchlorure de fer.

OBSERVATION XIX

(Service du Docteur Lyonnet 1911)

Marthe B..., 20 ans, couturière, entrée le 22 mai 1911, dans le service du Dr Lyonnet.

Antécédents héréditaires : Père bien portant. Retraité du P-L-M. Mère morte à 52 ans d'une fièvre typhoïde avec méningite.

Trois frères et une sœur, mariée, mal portante, avec un abcès dans les reins.

Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance, pas de scarlatine, croup à 8 ans, fièvre typhoïde à 12 ans ; a été soignée par des bains.

Réglée à 13 ans, régulièrement, pas de douleurs, leucorrhée intermittente.

Pas de jaunisse, pas de rhumatisme, pas de pleurésie.

L'affection remonte au 15 mars, trois semaines avant la maladie a eu des maux de tête et a même dû rester huit jours au lit.

Vers cette date, la malade était placée chez un tailleur, à la suite d'une dispute avec son patron, elle part, on l'oblige à y retourner ; elle se plaint de la tête, a des vomissements, de la polypnée ; elle tousse, aurait même eu des hémophyses ?) pendant un mois ; la dyspnée est continue dans la journée, et très intense jusqu'à 120. Elle cesse pendant le sommeil.

A l'examen : Pouls à 92. Respiration à 72.

La respiration est du type costal supérieur, le ventre est immobile, le diaphragme peu soulevé, il lui est très pénible de soulever sa paroi abdominale.

La parole est un peu gênée, pas de dilatation des ailes du nez.

La malade maintient la bouche un peu entrouverte, elle ne peut rester la bouche fermée. Sa respiration, qui était sifflante ne l'est plus à présent. Pas de cyanose, chose à remarquer, la malade a une sensation de froid aux pieds continue. Elle a des spasmes dans les membres, pas de tremblement des doigts. Les réflexes rotuliens et plantaires sont normaux. Zone d'hypoesthésie au niveau de la ceinture, ailleurs la piqure est normalement sentie. Les réflexes cornéens et pharyngiens sont absents. Elle se plaint aussi de crampes fréquentes dans les mains et les jambes. Pas de tremblements pupillaires, le champ visuel qui était rétréci auparavant (professeur Rollet) ne l'est plus actuellement.

Urine normale, pas de polyurie.

Constipation.

Langue en bon état ; les dents en très mauvais état, on voit des bourgeons charnus autour des racines.

Le foie n'est pas senti, les reins non plus. Pas de ganglions, la digestion se fait bien, la malade ne vomit plus.

Rien au cœur. Pas de température.

La malade ne tousse pas, ne crache pas. On ne trouve rien aux sommets, rien au larynx (examen du prof. Collet) pas d'éruptions. On fait un traitement par le nitrite d'amyle.

Après inhalation de nitrite d'amyle les mouvements respiratoires sont passés de 120 à 40. La malade ne siffle plus, respire au commandement, en comptant, en faisant des grandes respirations.

Quelques jours après rechute par suite d'une discussion avec une sœur du service, nouvelle amélioration par le nitrite d'amyle.

Quelques jours après seconde rechute à la suite d'une chute dans l'escalier, respirations : 80, pouls 82, de nouveau léger sifflement respiratoire, nouvelle amélioration par le nitrite d'amyle. Le sifflement disparaît. La dyspnée persiste à 60.

CONCLUSIONS

La tachypnée ou polypnée est une variété particulière des diverses modalités de la dyspnée hystérique.

Elle peut exister seule ou combinée aux autres troubles respiratoires : asthme, chorée du diaphragme, bégaiement, spasmes divers, attribuables à l'hystérie.

Subite, rapide, rythmique, superficielle, cessant pendant le sommeil, coïncidant avec l'absence de signes pulmonaires et de troubles organiques, tels sont ses caractères principaux. On peut ajouter qu'elle n'est pas toujours silencieuse, et qu'elle s'accompagne parfois de refroidissement des extrémités.

Ce trouble paraît relever d'une cause nerveuse par analogie avec ce que l'on sait de la polypnée thermique expérimentale du chien, étudiée par Charles Richet. Il s'agit d'un trouble bulbaire d'origine centrale ou périphérique.

Le diagnostic s'impose en général devant la constatation des symptômes, mais le pronostic n'est pas tou-

jours bénin, car il s'agit souvent d'hystérie monosymptomatique particulièrement tenace.

Le traitement jusqu'ici n'est que celui des accidents hystériques en général.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

M. LANNOIS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 juillet 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Spasmes respiratoires d'orig. hystérique. (*Bulletin Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux*, 1898, XIX.)
- ADLER. — Report of a case of hysteria simulating laryngismus stridulus (Univer. M. Mag. Phila. 1888-89).
- ANGELO MARIANI. — Paralysie diaphragmatique d'origine hystérique. (*Riforma medica*, 1899, vol. III, nos 20 et 21).
- ATHANASIU et CARVALHO. — Polypnée thermique centrale et son mécanisme de production. (*Archives de physiologie normale et pathologiques*. Paris, 1898, 5^e série, X.)
- AXENFELD. — Traité des névroses, 1883.
- BALL. — Troubles moteurs hystériques des cordes vocales. (*Lancet*, 23 février 1889.)
- BARJON. — *Lyon Médical*, 1900, tome I^{er}, p. 233.
- BESSIÈRE. — Contribution à l'étude du spasme laryngé d'origine hystérique. (*Anales médico-psychologiques*, Paris, 1890, XI.)
- BERNUTZ. — Article Hystérie. (*Dictionnaire médecine et chirurgie pratique*).
- BERTIER Jules. — Le Hoquet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1905.)
- BITOT. — Etude sur quelques spasmes rythmiques respiratoires d'origine hystérique. (*Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, IX.)
- BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de médecine et de thérapeutique*, (t. VII, VIII, X.)
- BRIQUET. — *Traité de l'hystérie*, 1859.
- BRISTOWE, *Lancet*, june, 20, 1885.
- CALVERT. — Breathing almost entirely diaphragmatic. (*Trans. clinic. Society London*, 1893-94, XXVII, 270.)

- CHAPUT. — Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle.
— Spasme de la trachée. (*Archives de laryngologie*, août 1890, p. 230.)
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière, t. I, 2^e édition, 1892, p. 477, t. II, 1888-89, p. 41.
- CHARCOT et BOUCHARD. — *Traité de médecine*, VI et X.
- COATES. — *Brit. med. Journal*, July 5, 1884.
- CHARCOT et RICHER. — Les démoniaques dans l'art.
- COMBY. — Hystérie convulsive terminée par la mort. (*Bulletin et mém. Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 1892, IX.)
- DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*, t. III et IV.
- DEBOVE. — Hystérie pulmonaire. *Union médicale*, 1883.
- DEJERINNE et LANDRY. — *Revue de Neurologie*, 1908.
- DUCHENNE DE BOULOGNE. — *Traité d'électrisation localisée*, 1861, 1872.)
- DUFOUR. — De la paralysie hystérique des dilateurs de la glotte. (Thèse, Montpellier, 1891.)
- FEDÉLI. — Di un singular caso di dispnea. (Pise, 1897.)
- FOUQUET. — Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique. (Thèse, Paris, 1880.)
- GAÏSSET. — Le bégaiement hystérique. Thèse de Lyon, 1903.
- GILBERT. — Hystérie tabagique. (*Gazette des Hôpitaux*, 12 novembre 1889, n° 129, p. 1173.)
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1895).
- GOUGUENHEIM. — Des névroses du larynx. (*Progrès médical*, 1883, p. 7.)
- GRENIER DE CARDENAL. — Toux hystérique. *Revue de médecine*, 1902.
- HÉRARD. — Hystérie survenue à la suite d'une affection catarrhale aiguë, toux spasmodique, spasmes de la glotte. (*Union médicale*, 12 janvier 1864.)
- HIRTZ. — Traitement des accidents hystériques par le nitrite d'amyle. (Société médicale des Hôp. de Paris, 1908, p. 289.)
- HOPKINS. — A case of hysterical larynx. (*New-York medic. Journ.*, 1899, LXX, 811.)
- HUCHARD. — Hystérie respiratoire. (*Bullet. de la phthisie pulmonaire*, juin 1888.)

- JANET. — Névroses (1909).
- JANET. — Névroses et idées fixes. (Paris, 1904, p. 314.)
- JEANSELME. — Hystérie pleurale. (*Méd. moderne*, Paris, 1895, VI, 201).
- LANDOUZY. — *Traité de l'hystérie*. (1846, Paris.)
- LASÈGUE. — De la toux hystérique. (*Arch. de médecine*, mai 1854).
- LE FOURNIER. — La mort dans l'hystérie. (Thèse Paris, 1896.)
- LOQUE. — Asthme essentiel envisagé dans sa pathogénie. (Thèse Paris, 1894.)
- LOUBRY (Henri). — Contribution à l'étude des dyspnées d'origine hystérique. (Thèse Paris, 1906.)
- LANNOIS. — Le bégaiement hystérique. — Article du *Traité Brouardel et Gilbert*.
- LANNOIS. — *Lyon Médical*, 1904.
- LYONNET et FRANCILLON. — Société nationale de médecine de Lyon. — (*Lyon médical*, 1911.)
- MACKEY. — Case of hysterical rapid breathing simulating cardiac or diabetical dyspnea. (*Lancet*, february, 10, 1883.)
- MOUISSET et MOURIQUAND. — *Lyon médical*, 1904, p. 942.
- MOURIQUAND et ROUBIER. — *Province médicale*, p. 28. Bégaiement hystérique.
- MOLLIÈRE. — *Lyon médical*, 1883. — Mort dans l'hystérie par asphyxie.
- RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes*. (Tome II, 1908, p. 411.)
- RIFAUD. — Aphonie cérébrale ou nerveuse. (Thèse, Lyon, 1899.)
- ROYER. — Aphonie nerveuse. (Thèse, Lyon, 1904.)
- MUSELIER. — Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie. (*Gazette médicale de Paris*, 31 oct. 1891.)
- MORTON. — Hysterica laryngea dyspnea. (*British Med. Journ.*, London, 1891, 1, 1173.)
- NICOLAÏ (Jean). — Hystérie pulmonaire. (Thèse Montpellier, 1900.)
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.
- PUJOL. — Essai sur l'hystérie. (1819, Montpellier.)
- PETIT. — Hystérie pulmonaire. (Paris, 1888.)
- RIESMANN. — Hysterical rapid breathing (hysterical tachypnoea with the report of two cases in children, (*Philad. Potycl.*, 1897, VI, 69.)

- RIST. — Râle trachéal durant depuis treize mois chez une hystérique. (*Bulletin et mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1896, 3^e série, XIII, 128 à 131.)
- ROBINSON. — Paralysie diaphragmatique d'origine hystérique. (*Revue de Neurologie*, Paris, 1904.)
- ROUGIER. — Maladies du larynx. 1888.
- RICHER. — Etude clinique de l'hystérie. (Thèse Paris, 1879, p. 109.)
- RICHER. — Etude clinique sur la grande hystérie. (Paris, 1885.)
- ROUSSEL. — Hystérie pulmonaire et eucalyptol injectable. (*Bull. et Soc. de méd. pratique de Paris*, 1888.)
- RICHT (Ch.). — Travaux du laboratoire de physiologie. (Paris, 1893, t. I, p. 431 à 470.)
- POMME. — *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1760-1782.
- SIEGEY. — Quelques observations de dyspnée nerveuse intermittente. (*Courrier Médical*, Paris, 1868.)
- SOCA. — Sur un cas de tachypnée hystérique secondaire. (*N. iconographie de la Salpêtrière*, 1898, XI, 461 à 474).
- SOLLIER. — L'Hystérie et son traitement, 1901.
- TOSTIVINT. — Hystérie pulmonaire. (Thèse, Paris, 1888).
- THAON. — L'Hystérie et le Larynx (*Annales des Maladies de l'oreille et larynx*, 1881, p. 30).
- VAN HELMONT. — Asthma uteri.
- WEST. — Case of hysterical paralysis of the abductors of the larynx and of the diaphragm associated with peculiar movements of the palate (*Lancet*, London, 1892, II, p. 309).
- WEIR-MITCHELL. — Hysterie rapid breathing. (*American Journ. Médic. Sc. Philad*, Mars 1893, CV, 235 à 246. *Semaine Médicale* n° 32, 24 mai 1893, p. 256.)
- WEIR-MITCHELL. — *Lectures on Nervous Diseases*, 2^e édition, p. 198.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	3
HISTORIQUE	9
CONSIDÉRATIONS CLINIQUES	11
PATHOGÉNIE	19
DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC	25
TRAITEMENT	28
OBSERVATIONS	30
CONCLUSIONS	56
BIBLIOGRAPHIE	50

15415 — Imp. Réunies, Lyon.

